МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

Главное управление научно-исследовательских институтов и координации научных исследований

Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР

«Согласовано»
Зам. начальника Главного управления научно-исследовательских институтов и координации научных исследований
В. М. Христюк

«Утверждаю»
Заместитель министра
Г. В. Сергеев

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Методические рекомендации

(с правом переиздания местными органами здравоохранения)

МОСКВА — 1986

Настоящие рекомендации составлены в отделе суицидологии (руководитель — заслуженный деятель науки РСФСР, профессор **А. Г. Амбрумова)** Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР (директор — профессор **В. В. Ковалев)** научным сотрудником, кандидатом медицинских наук **В. Е. Цупруном.**

Местным органам здравоохранения разрешается размножить данные методические рекомендации в необходимом количестве экземпляров.

Введение

Изучение суицидальных попыток в различных контингентах населения, в том числе среди больных, страдающих психическими заболеваниями, и разработка практических мер их профилактики представляет собой актуальную в медицинском и социальном отношении проблему. Ее значимость обусловлена тем экономическим и социально-психологическим ущербом, который наносят обществу покушения на самоубийство, особенно лиц молодого, трудоспособного возраста.

Для подавляющего большинства исследователей несомненным является факт особой суицидоопасности популяции психически больных. Однако, оценка удельного веса душевнобольных среди лиц, покушавшихся на свою жизнь, варьирует в значительных пределах: от констатации психических нарушений у всех суицидентов до диагностики их лишь у 4%.

Данные Всесоюзного научно-методического суицидологического Центра свидетельствуют о том, что около 30% лиц с суицидальным поведением подлежат учету в психоневрологическом диспансере или уже находятся на таковом (А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, 1978).

Общая тенденция развития внебольничной психиатрической помощи населению, основу которой в нашей стране составляет широкая сеть психоневрологических диспансеров, определяет важность предупреждения суицидального поведения психически больных в амбулаторных условиях. Организация впервые в нашей стране комплексной превентивной суицидологической службы и, в частности, таких ее звеньев, как суицидологические кабинеты в психоневрологических диспансерах, создала необходимые предпосылки для эффективного решения задач профилактики.

Факторы суицидального риска психически больных

Путем клинико-статистического анализа суицидального поведения диспансерного контингента больных выделены групповые факторы суицидального риска. Риск покушений на самоубийство у женщин, состоящих на учете в психоневроло-

гическом диспансере в 1,5 раза выше, чем у мужчин. Сравнительно-возрастное исследование выявило значительное количественное преобладание суицидальных попыток среди лиц обоего пола в возрасте 19—29 лет, в дальнейшем, с увеличением возраста обнаруживалась тенденция к постепенному снижению суицидальной активности с минимальными показателями в возрасте старше 70 лет.

Среди больных, покушавшихся на свою жизнь, процент лиц с противоправными действиями в несколько раз превышал аналогичный показатель по диспансеру. Этот факт свидетельствует о том, что психически больные с делинквентным поведением являются группой повышенного суицидального риска.

Несмотря на то, что строго закономерных сезонных колебаний частоты суицидальных попыток не установлено, все же обращает на себя внимание тенденция к росту количества покушений на самоубийство в весенний период и снижение— в осенние месяцы. В течение суток наибольшее число суицидальных попыток совершается в вечерние часы (от 18 до 24 часов).

Среди способов покушения на самоубийство для лиц обоего пола на первом месте стоят самоотравления (47%), на втором — самопорезы (32%), на третьем — самоповешения (8%). Причем, у мужчин чаще обнаруживаются самопорезы—43%, а у женщин — самоотравления—63%. Необходимо отметить, что в 58% случаев самоотравлений больные используют психотропные и снотворные средства.

Данные диспансерного наблюдения свидетельствуют о высокой суицидоопасности больных с реактивными депрессиями и психопатиями, несколько реже суицидальное поведение — у больных аффективными психозами и шизофренией.

Существенно заметить, что преобладающие по численности в психоневрологическом диспансере больные шизофренией соотносятся с группой высокого суицидального риска в первые пять лет от начала заболевания; в последующие годы, с учетом прогредиентности процесса, нарастания эмоционального дефицита и снижения энергетического потенциала, суицидальная активность уменьшается, нередко заменяясь другими видами девиаций.

Мотивация суицидальных попыток при реактивных депрессиях, психопатиях и неврозах определяется, как правило, психотравмирующими ситуациями, чаще в семейной и интимно-личной сферах, причем характер суицидогенных психических травм коррелировал с личностными особенностями пациентов. При аффективных психозах и шизофрении мотивация покушений на самоубийство является результатом сложного

сочетания психопатологических расстройств и психогенных ситуационных воздействий, удельный вес которых был различен на разных этапах заболевания. Так, в интермиссиях и ремиссиях в большинстве случаев возрастает роль реальных конфликтных ситуаций, аналогичных тем, которые наблюдаются при пограничной патологии, в периоды обострений — ведущую роль в мотивации суицидального поведения играют психопатологические расстройства, преимущественно аффективно-бредовых регистров.

Таким образом, перечисленные выше факторы риска могут служить ориентиром для участковых психиатров психоневрологического диспансера при направлении пациентов на консультацию к суицидологу. Основной задачей суицидолога ПНД является задача суицидологической диагностики. Диагноз в суицидологии складывается из определения наличия или отсутствия психической патологии и установления индивидуального суицидального риска.

Квалификация психического статуса больного отличается от традиционной, т. к. суицидальное поведение душевнобольного вносит известное своеобразие в оформление клинического синдрома, течение и прогноз заболевания. Применяемый суицидологом клинико-психологический метод позволяет не только установить формальную психопатологическую структуру состояния, но и вскрыть содержательные, мотивационные и смысловые характеристики переживаний больного. Необходимым является также определение таких параметров, как: направленность личности суицидента, уровень социализации, типичные «стратегические» и «тактические» позиции, мотивационная и ценностная иерархия личности, модусы принятия решения в конфликтных ситуациях и т. д.

Все перечисленное создает предпосылки для выявления индивидуального суицидального риска. Для его определения целесообразно использовать разработанный во Всесоюзном научно-методическом суицидологическом Центре интегральный анализ двух родов факторов: суицидогенных и антисуицидальных.

Суицидогенные факторы:

а) групповые:

— социально-демографические (пол, возраст, профессиональный и семейный статус, наличие в анемнезе противоправных действий;

— медицинские (наличие той или иной формы психической патологии);

б) личностно-ситуационные:

— конфликты (локализация, сфера, содержание, направление динамики);

— степень суицидальных проявлений в прошлом и настоящем;

в) индивидуальные личностные:

— предиспозиционные (суицидогенные комплексы личности, формы и уровни дезадаптации);

— ближайшие (суицидоопасные позиции и состояния);

— непосредственные (глубина и активность суицидальных тенденций);

Антисуицидальные факторы:

— интенсивные эмоциональные привязанности к значимым близким;

— родительские обязанности;

— выраженное чувство долга;

— концентрация внимания на состоянии собственного здоровья;

— зависимость от общественного мнения и желания избежать осуждения со стороны окружающих;

— наличие жизненных планов, замыслов.

Необходимо, однако, учитывать, что большинство из перечисленных факторов подвержено изменениям во времени и поэтому диагностированный у конкретного пациента уровень суицидального риска не может экстраполироваться на будущее, а требует систематической коррекции. Диагностика суицидального риска является определяющим моментом для разработки тактики динамического наблюдения и терапии психически больных с суицидоопасными состояниями в условиях психоневрологического диспансера.

Тактика ведения суицидоопасных психически больных

Контингент больных, подлежащих наблюдению в суицидологическом кабинете ПНД, представлен двумя группами:

Первая группа — больные, совершившие покушения на самоубийство, то есть **группа суицидентов.**

Вторую группу составляют пациенты, направленные на прием к суицидологу участковыми психиатрами в связи с теми или иными суицидальными проявлениями — **группа «пресуицидентов».**

Больных первой группы следует брать на учет в суицидологическом кабинете в кратчайший срок после совершения ими суицидальной попытки. В тех случаях, когда они стационируются в психиатрическую больницу после покушения, суицидологу необходимо в течение ближайшей недели обследовать их в стационаре, затем еженедельно контролировать состояние, принимая консультативное участие в ведении и

комиссионной выписке (совместно с лечащим врачом и заведующим отделением), после чего больной поступает под наблюдение суицидологического кабинета психоневрологического диспансера. При первом обследовании в психиатрическом отделении с суицидентом устанавливается необходимый контакт, который сохраняется и поддерживается в дальнейшем в период амбулаторного наблюдения. В основе этого контакта с суицидентом лежит особый подход к личности с учетом особенностей окружающей микросоциальной среды, подход, направленный на восстановление положительного отношения пациента к жизни, к своему личному социальному статусу. Усилия суицидолога должны быть направлены на позитивное изменение микросоциальных условий жизни суицидента, на формирование гуманного, непредвзятого отношения к нему членов семьи, близких, сотрудников по работе и т. д.

Все вышеописанное имеет особое значение для больных с пограничными состояниями, хотя важность данного положения несомненна и для других категорий больных.

Консультативное участие суицидолога в динамическом наблюдении и выписке суицидента из психиатрического стационара включает в себя совместное с лечащим врачом уточнение клинического состояния, выявление сферы и локализации конфликта, степень его дезактуализации после покушения на самоубийство и т. д. Совместно с лечащим врачом подбирается адекватная терапия и уточняется необходимая социальная помощь со стороны ПНД.

Если больные после покушения на убийство не госпитализируются, их в кратчайшие сроки после суицидальной попытки приглашают в суицидологический кабинет, где они в дальнейшем наблюдаются. Целью динамического наблюдения является реадаптация суицидентов и профилактика повторных суицидальных действий.

Индивидуальная тактика ведения больных варьирует в зависимости от типа постсуицида, степени выраженности суицидального риска, особенностей течения заболевания, психического статуса и конкретных микросоциальных условий. При этом регламент явок суицидентов в кабинет имеет следующую схему:

а) для суицидентов, прошедших курс стационарного лечения: в первые два месяца после выписки из психиатрической больницы—еженедельные посещения, в последующие два месяца — 1 раз в два месяца; далее в течение полугода — ежемесячно и по истечении этого срока — контрольная явка.

б) для суицидентов, не госпитализированных в больницу: в первые две недели после попытки — 1 раз в 3—4 дня, в пос-

ледующие полтора месяца — еженедельно; далее в течение полугода — ежемесячно с контрольной явкой через год после покушения.

В период наблюдения в суицидологическом кабинете больные, в зависимости от характера заболевания, получают весь комплекс необходимого медикаментозного лечения, психотерапии и реабилитационных мероприятий, направленных на нормализацию интерперсональных отношений в семье, на производстве, создание благоприятных микросоциальных условии и т. д. По мере необходимости, для контроля степени выраженности суицидального риска суициденты обследовались психологом. Проводилось также обследование семейно-бытовых и производственных условий жизни суицидента. Явки пациентов строго контролировались с помощью специальной карточки. Госпитализация данного контингента больных осуществлялась, когда риск совершения суицида у них признавался высоким, существовала реальная угроза реализации суицидальных намерений (ниже будут изложены показания для госпитализации).

Результаты проводимых обследований и мероприятий фиксируются в индивидуальной карте амбулаторного больного. В карте делается пометка «взят под наблюдение суицидологического кабинета», это значит, что данный больной временно поступает под наблюдение суицидолога. При достижении желаемого эффекта (минимизация риска повторной попытки, ликвидация условий, порождающих суицидальное поведение при минимальном сроке наблюдения 1 год) больные возвращаются для дальнейшего наблюдения участковому врачу, о чем свидетельствует запись: «снят с учета суицидолога».

Прогноз суицидального поведения психически больных

Суицидологическая практика свидетельствует о том что 28—30% суицидентов повторяют суицидальные попытки в течение ближайшего года, причем среди лиц, госпитализированных в психиатрическую больницу в связи с покушением на самоубийство, около 60% совершают повторные суицидальные действия в течение полугода после выписки из стационара. Катамнестическое исследование суицидального поведения психически больных показывает, что с целью прогноза повторных покушений на самоубийство целесообразно выделение следующих уровней социально-психологической дезадаптации суицидентов в отдаленном постсуицидальном периоде.

I. Хроническая дезадаптация.

Хроническая дезадаптация имеет место при наличии выраженных и длительно существующих психологических расстройств различных регистров — как параноидного, так и астенического. Пессимистическое мировоззрение с интроверсией личности постоянно актуализирует суицидальные переживания и способствует их реализации.

К лицам с хронической дезадаптацией относятся по преимуществу больные параноидной формой шизофрении, а также лица, страдающие психопатиями возбудимого и астенического круга.

Клиническая картина шизофрении в этих случаях определяется развернутой либо редуцированной параноидной симптоматикой с астено-апатическими включениями на этапе ремиссии. Сформированное в течение процесса пессимистическое мировоззрение в сочетании с расстройствами мышления, парадоксальностью суждений создает условия для возникновения стойких коммуникативных нарушений сопровождаемых непереносимым чувством отчуждения. Пациентам, страдающим психопатиями, свойственны либо черты возбудимости, либо астенические проявления, интроверсия, чрезмерная ранимость, тревожность, расстройства настроения, «недержание» аффекта и пр. Психопатологическая симптоматика у описанных больных отличается выраженностью и стабильностью. Межличностные и интраперсональные конфликты (как реальные, так и обусловленные болезненными переживаниями) характеризуются ощущением безысходности и определяют возникновение и длительное существование суицидальных тенденций. Повторные покушения на самоубийство в этой группе обнаруживается у 60% больных.

II. Периодическая дезадаптация с дезадаптационными кризами.

Наблюдается у больных с широким спектром аффективных расстройств; от тимопатических колебаний до развернутых депрессивных синдромов, преимущественно тоскливо-тревожного характера. Сниженная толератность к фрустрациям создает непереносимость конфликтных ситуаций, что ведет к дезадаптационным кризам с высокой суицидальной опасностью. Такими больными являются лица, страдающие маниакально-депрессивным психозом, циклотимией, шизофренией (по типу простой). В психическом статусе больных преобладают своеобразные аффективные и эмоциональные расстрой-

ства различного уровня, от дистимических до депрессивных и астеноапатических. Сензитивность, недостаточная активность и общительность больных создают предпосылки для преувеличения значимости реальных конфликтных ситуаций, нередко с неадекватной реакцией на них и усилением собственно болезненных переживаний с чувством несостоятельности, малоценности. Срывы адаптации у этих пациентов, как правило, имеют характер кризов с возникновением суицидальной опасности. В 30% случаев в этой группе имели место повторные покушения на самоубийство.

III. Периодическая дезадаптация с девиантным поведением

Данный вариант наблюдается у пациентов с преобладанием в клинической картине психопатических и психопатоподобных расстройств. Значительные нарушения в эмоционально-волевой сфере в сочетании с негативными социальными установками больных являются ответственными за различные проявления девиантного и делинквентного поведения. Выраженная острота и глубина конфликтных ситуаций в структуре отклоняющегося поведения определяли суицидальные действия, как правило, протестного и демонстративного характера. Данную группу составляют больные психопатоподобной шизофренией; органическими поражениями ЦНС с психопатоподобной симптоматикой, а так же психопатиями возбудимого и истерического типа с грубыми поведенческими расстройствами. Больных характеризуют выраженные эмоционально-волевые нарушения, асоциальные установки, девиантное и делинквентное поведение, нетерпимость ограничений. Все перечисленное способствует усложнению конфликтных отношений, вызывает у больных эксцессы поведения, нередко с проявлением гетеро- и аутоагрессии. Аутоагрессивные действия в таких случаях имеют чаще протестный и демонстративный характер, повторные суициды отмечались у 50% больных.

Особого внимания суицидолога ПНД требует группа суицидентов с преобладанием в клинической картине невротических и неврозоподобных расстройств без нарушений аргументационных способностей, мотивации действий и изменений личности, а также лица, перенесшие реактивную депрессию. У данного контингента пациентов, согласно катамнестическим наблюдениям, повторных суицидальных попыток не обнаруживается. В случаях нивелирования болезненной симптоматики и компенсации эмоциональных нарушений адекватными видами реагирования, включая и оценку суицидального поведения, статус пациентов в целом характеризуется **полноценной**

социально-психологической адаптацией. Отмеченное обстоятельство дает основание пересмотреть вопрос о необходимости пребывания таких больных на учете в психоневрологическом диспансере, тем более, что связанные с этим социально-правовые ограничения несут в себе угрозу вторичной травматизации. Комплексная терапевтическая тактика по отношению к суицидентам зависит от типа социально-психологической дезадаптации больных в постсуицидальном периоде. Так, преобладающим в ведении суицидентов с вариантами периодической дезадаптации является психофармакотерапия с использованием «корректоров поведения» (сонапакс, неулептил) при наличии поведенческих нарушений; при периодических аффективных расстройствах целесообразно применение комбинации нейролептиков и антидепрессантов, лития. Все это, однако не исключает необходимость психотерапевтической работы с пациентами. Психотерапия лиц с девиантным поведением направлена на ценностную переориентацию личности, разрушение шаблона демонстративного суицидального реагирования и т. д. Больным с частыми кризами адаптации в процессе психотерапии требуется повышение самооценки, уровня «самоприятия», активности, психологической устойчивости, имеют значение социальные мероприятия, направленные на мобилизацию помощи больным из сферы ближайшего социального окружения. Необходим строгий контроль посещений больными суицидологического кабинета с частотой не реже 2-х раз в месяц, тесный контакт суицидолога с родственниками и семьей суицидента, патронаж на дому и производстве; оперативное решение вопроса о госпитализации при наличии соответствующих показаний. Значительные трудности представляет динамическое наблюдение суицидентов с хронической дезадаптацией. Систематический контакт с суицидологом, тщательный контроль глубины и активности суицидальных проявлений, жесткий регламент явок в ПНД, активный врачебный и медсестринский патронаж, дифференцированная психофармакологическая терапия, своевременная госпитализация — способствуют предотвращению повторных суицидальных действий этой группы больных.

Опыт показывает, что суициденты, относящиеся к категории больных с пограничными расстройствами, достигшие при положительной динамике заболевания полноценной социально-психологической адаптации и комиссионным решением подлежащие снятию с учета ПНД, могут быть ориентированы на возможность получения консультаций в районных кабинетах социально-психологической помощи и по Телефону Доверия.

Меры превенции суицидов в амбулаторных условиях

Значительный поток в кабинет суицидолога составляют больные с суицидальными проявлениями, направляемые с приема учасковыми психиатрами — пресуициденты. Задачей суицидолога в этих случаях является определение опасности совершения больным покушения на самоубийство и предупреждение такого действия. В индивидуальной диагностике суицидального риска следует учитывать влияние групповых факторов (пол, возраст, семейное положение, нозологическая принадлежность и т. д.); эти данные принимаются во внимание при интегральном анализе суицидогенных и антисуицидальных параметров у каждого пациента. Особое значение для определения риска суицидального действия имеет анализ структуры и динамики суицидоопасных синдромов: аффективных с проявлениями тревоги, страха, депрессии, дистимии; аффективно-бредовых и галлюцинаторно-бредовых. Важно подчеркнуть, что состояния, несущие в себе потенциальную угрозу суицида, возникают у психически больных или под влиянием психопатологической продукции или вследствие личностной переработки реальной ситуации. Следует отметить также, что даже при наличии выраженной психической патологии, как правило, не обнаруживается непосредственной зависимости суицидального поведения от болезненных проявлений, какими бы клинически яркими они не были. У больных с глубокими психотическими расстройствами «псевдореальная» конфликтная ситуация, обусловленная ими, преломляется через личностные установки, чем и определяется виды и формы суицидального поведения. В зависимости от соотношения эндогенных и реактивных влияний в возникновении суицидального риска, разрабатывается врачебная тактика. При констатации психотических мотивов суицидального поведения, где ведущую роль играют психопатологические расстройства, преимущественное внимание следует уделять психофармакотерапии и нередко такие пациенты нуждаются в лечении в условиях стационара. Показаниями для госпитализации суицидоопасных больных являются такие состояния, как:

— тревожная депрессия в пожилом возрасте;

— ипохондрические раптоидные состояния;

— галлюцинаторно-параноидные состояния с императивными галлюцинациями суицидального содержания;

— острые состояния страха с ажитацией;

— депрессивно-параноидные состояния с переживанием вины или «угрозы жизни»;

— тяжелые дисфорические состояния с аутоагрессивными тенденциями;

— депрессивные больные с неблагоприятной микросоциальной ситуацией;

— острые депрессивные состояния, возникшие в ответ на психотравмирующую ситуацию у процессуальных больных в ремиссии;

— психогенные реакции у невротических и психопатических личностей.

При определении показаний для госпитализации в каждом конкретном случае следует учитывать не только клинические характеристики состояния, наличие суицидальных переживаний, но и социально-психологическую ситуацию в целом, антисуицидальные ресурсы личности. Больные, перечисленные в первых семи пунктах госпитализируются в психиатрическую больницу, другие группы пациентов могут быть направлены в кризисный стационар.

Тактические сложности обнаруживаются при ведении больных, в формировании суицидального поведения которых преобладают психотравмирующие факторы. В большей степени подвержены различным психогенным воздействиям пациенты психопатического склада, больные неврозами, невротическими развитиями, а также процессуальные больные с астеническим, тимопатическим и психопатоподобным типами ремиссий. Тактика суицидолога с указанным контингентом больных включает широкий спектр психосоциальных мероприятий с акцентом на психотерапевтических методах. Высокий удельный вес психологических методов воздействия обуславливается тем, что купирование суицидоопасного состояния не есть конечная цель превентивной работы, оказание экстренной помощи составляет начальный этап глубинной индивидуальной профилактики. Суть ее заключается в формировании устойчивости личности к экстремальным нагрузкам за счет мобилизации антисуицидальных адаптационных ресурсов или перестройки структуры ценностей.

Необходимо остановиться на группе пациентов с ситуационными реакциями и реактивными состояниями с суицидальными проявлениями. Это лица, впервые обратившиеся к психиатрам в связи с появлением у них суицидальных тенденций. Суицидальные переживания или действия нередко являются для психиатров основанием для не всегда обоснованного стационирования таких пациентов в психиатрическую больницу. Несмотря на то, что суицидальный риск у этого контингента достаточно высок, госпитализация в психиатрические отделения закрытого типа оказывает на них отрицательное психологическое воздействие и часто способствует не исчезновению суицидальных тенденций, а их углублению за счет присоединения переживания своей «тяжелой психичес-

кой болезни», «психической неполноценности» и т. д. Наиболее адекватным в таких случаях является ведение таких больных в амбулаторных условиях со строгой регламентацией явок, либо госпитализация их в кризисный стационар.

Следует отметить, что повышение суицидального риска и повторные суицидальные попытки в отдельных случаях связаны с неадекватным лечением психотропными средствами, имеется в виду длительное, шаблонное применение нейролептиков, неоправданное назначение антидепрессантов со стимулирующим эффектом и собственно психостимуляторов, что является следствием механического перенесения стационарной терапевтической схемы во внебольничные условия, с учетом возможности терапевтического патоморфоза недопустимость подобной врачебной тактики очевидна. Социальная неустроенность больных и неотрегулированность межличностных отношений, нередко обнаруживающиеся после выписки больных из стационара, также имеют существенное значение для актуализации суицидальной опасности.

Задачи и функции суицидологического кабинета психоневрологического диспансера

Конкретные задачи суицидологического кабинета ПНД состоят в следующем:

1) регистрация и учет самоубийств и покушений на самоубийство среди психически больных района обслуживания;
2) активное выявление суицидоопасных контингентов психически больных и их диспансеризация (превенция);
3) терапия и реабилитация лиц, совершивших суицидальные попытки (поственция);
4) проведение санитарно-просветительной работы.

Более подробно функциональные обязанности врача-суицидолога, медицинкого психолога и медицинской сестры суицидологического кабинета освещены в методических рекомендациях «Профилактика суицидального поведения» (А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, 1980). Мы лишь остановимся на некоторых моментах санитарно-просветительной работы.

Санитарно-просветительная работа, проводимая суицидологом в ПНД имеет ряд особенностей и направлена на повышение уровня суицидологических знаний участковых врачей-психиатров и среднего медицинского персонала. С этой целью целесообразно на врачебных конференциях систематически проводить разбор каждого случая суицидального поведения больных с анализом типичных ошибок в тактике ведения суицидоопасного контингента и обсуждением превентивных мероприятий. Суицидолог обязан ежегодно делать отчет о по-

кушениях на самоубийство и самоубийствах с обязательной разработкой конкретных профилактических мероприятий по каждому врачебному участку. Необходима и определенная работа со средним медицинским персоналом: знакомство с основными видами суицидальных проявлений у психически больных, особенностями патронажа суицидентов и больных с суицидоопасными состояниями.

Эффективность профилактической работы суицидологического кабинета целесообразно оценивать следующими критериями:

а) показатель повторности суицидальных действий психически больных (в течение первого года после покушения на самоубийство);

б) показатель количества реализованных суицидальных попыток у лиц с суицидальными состояниями, находившимися под наблюдением кабинета;

в) показатель выявляемости больных с суицидальным риском;

г) степень совпадения по ряду параметров лиц с суицидоопасными состояниями и суицидентов.

Опыт показывает, что претворение в работе суицидологического кабинета психоневрологического диспансера основных принципов построения превентивной суицидологической службы, таких как: комплексность профилактических мероприятий, максимальная доступность для больных, преемственность в оказании помощи, квалифицированное обследование и дифференцированная терапия, длительное активное наблюдение суицидентов, активность превенции и действенность помощи создает все условия для успешной профилактики суицидального поведения среди контингента больных психоневрологического диспансера.

Л-57551 от 3.12.86. Формат 60×84 1/16 Подписано в печать 8.01.87.
Бесплатно Тираж 2000
Сдано в набор 9.12.86. Объем 1 п. л.
Заказ 5258

ПО «Печатник» УИМ Москва, ул. Талалихина, 33

Бесплатно